



TITLE:

腸管疊積症ノ手術例ニ就キテ : 特ニ
副脾ニ因スル小腸疊積症ニ就キテ

AUTHOR(S):

東, 三平

CITATION:

東, 三平. 腸管疊積症ノ手術例ニ就キテ : 特ニ副脾ニ因スル小腸疊積症
ニ就キテ. 日本外科宝函 1928, 5(3): 773-793

ISSUE DATE:

1928-05-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/200128>

RIGHT:

腸管疊積症ノ手術例ニ就キテ

特ニ副脾ニ因スル小腸疊積症ニ就キテ

廣島田邊外科病院

東 三 平

目 次

第一章 緒 言

第二章 實驗症例

第三章 總括並ニ考案

- 一、腸管疊積症ノ成因ニツキテ
- 二、腸管疊積症ノ好發部位及ビ年齡ニツキテ
- 三、腸管疊積症ノ豫後ニツキテ

第四章 結 論

第一章 緒 言

腹腔内外科の疾患ノ中ニ於テ、「イレウス」ハ比較的屢遭遇スル疾患ノ一ナリ。就中腸管疊積症ハ其ノ頻度最モ大ニシテ、高安道成博士ノ統計ニヨレバ、「イレウス」總數九一七例中腸管疊積症ハ二六四例(二八・八%)ナリ。東條經治博士ニヨレバ氏ノ「イレウス」實驗例一〇五例中腸管疊積症ハ五六例(五三%)ヲ占ム。又 Fitz (米)ニヨレバ三一・五%、Treyes (英)ニヨレバ三〇%、Michaelsen (獨)ニヨレバ二・五%ニシテ、腸管疊積症ノ全「イレウス」中ニ於ケル頻度ハ、我國ニ於ケルモノハ英米ノソレト略相同ジク共ニ首位ヲ占ム。Savariand ハ「アングロサクソン」人種ニ腸管疊積症ノ斯ク多數ナルハ、腸管膜長クシテ移動性ニ富メルト、榮養ノ異ナルニ因ルモノトナセリ。

腸管疊積症ノ成因ニツキテハ、近時 Peyer, Leichtenstern, Besnier 等ノ、主トシテ臨床的觀察ト、病理解剖的根據トニヨリテ主張シタル麻痺說ハ、漸ク其ノ聲價ヲ失墜シテ、Nothnagel, Treves, Dancy-power, Leubuscher, Propping 等ノ發表セル動物ヲ以テセル實驗的研究ノ結果、痙攣說ヲ提唱スルニ至リテヨリ、爾後ノ多數ノ研究家亦是ニ賛シテ、今ヤ腸管疊積症ノ成因ニ關スル痙攣說ノ位置ハ確乎タル基礎ヲ築ケルガ如シ。然レドモ健康動物ヲ以テ健康腸管ニ施シタル實驗的研究

ノ成績ヲ以テ直チニ、臨床上屢觀察サル、腸管ニ於ケル著明ナル病理組織的變化ニ因スル腸管疊積症ヲモ、解説セントスルハ、聊カ正鵠ヲ失セルノ憾ミナキニ非ルカ、即チ腸管壁ニ於ケル限局性病變、特ニ筋組織ノ荒蕪、結締組織ノ増殖白血球ノ浸潤、及ビ異臟器ノ迷入發育ニヨル腫瘤等ノ爲ニ起レル、腸壁ノ肥厚ト腸管ノ狹窄及ビ其ノ疎通障礙等ニ因テ發セル腸管疊積症ハ、痙攣說ヲ以テ解説センヨリハ寧ロ麻痺說ヲ以テ此ノ間ノ機轉ヲ説明シ易キガ如シ。而シテ臨床上遭遇スル腸管疊積症ハ、斯クノ如キ腸管ノ病變ニ端ヲ發セルモノ敢ヘテ稀ナリトセザルナリ。

余ハ當病院ニ於テ、近年七例ノ腸管疊積症ヲ經驗セリ、此ノ中五例ハ廻盲部ニ發來セルモノニシテ、何レモ肉眼的ニハ誘因トシテ認メ得ベキ病變ヲ局部腸管ニ證明セザリキ。而レドモ他ノ二例ハ共ニ廻腸下部ニ發起セルモノニシテ、著明ナル病變ヲ腸壁ニ認メタリ、即チ一ハ腸壁筋層及ビ漿膜下組織内ニ發生セル腫瘤狀ノ副脾ニ因テ發シ、他ハ腸壁ノ手術的處置ニ依ル結締織性肥厚ト狹窄ニ因セルモノナリキ。副脾ノ存在ハ脾臟ノ生理的位置ニ近接セル腸管ニ於テハ、往々發見セラル、コトアルモ、本例ノ如ク廻腸ノ比較的下部ニ發育シテ腫瘤狀ヲ爲シ、且ツ腸管疊積症ノ原因ヲナセルコトハ、其ノ例文献上甚ダ稀ナリトスル所ナリ。依リテ上記ノ實驗例ヲ報告スル傍、本症ノ成因、特ニ腸壁ニ存スル病變ニ因セルモノニツキテ卑見ヲ述べ、併セテ腸管疊積症ノ廻盲部ニ好發スル原因ト、本症ノ一般の豫後トニ就キテ、文献ニ徴シツ、余ノ經驗例ヲ回顧シ、以テ大方ノ高教ヲ仰ガントス。

第二章 實驗 症 例

第一例。西〇幸〇、一二年、男、學童。

大正十五年十一月三十日入院。

診斷。腸管疊積症。

血族史。兩親及ビ同胞一名健存ス、患者父系ノ祖父母及ビ伯、叔父母五名ハ時ト處トヲ異ニセルモ、悉ク腸窒扶斯ノ爲ニ斃レタリトイフ。畸形其ノ他ノ遺傳的疾患ヲ認メズ。

既往症。記憶スベキ著患ヲ知ラザルモ、生來體質頗ル虛弱ニシテ、寒冷ノ

季節ニハ、毎年反覆シテ寒胃ニ侵サル、ヲ常トス。消化器系亦羸弱ニシテ、瑣細ノ食事過誤ニヨリ、容易ニ消化不良症ヲ惹起スル傾向アリ。

現症病歴。大正十五年十一月七日寒胃ニ罹リ、頭痛、咳嗽、喀痰アリ、發熱三九度ニ及ビ就縛醫療ヲ加フ。同月下旬ニ至リ、諸症著シク輕快シタルモ未ダ離床スルニ至ラズ。同月二十七日ニハ氣分殊ニ良好ニシテ、食思大イニ進ミ、晚餐ニハ平素食セザル餡餅二箇、柿一箇ヲ食シテ寢ニ就ケリ。而ルニ翌二十八日午前八時頃ニ至リ、突然發作性ニ發來スル腹痛ヲ訴フルヲ以テ、

主治醫ニヨリ注射及ビ服藥ヲ受ケタルモ、輕快セズシテ苦悶ス。午後八時頃ヨリハ、時々嘔吐ヲ發スルニ至レリ。「ゲリセリン」灌腸ヲ施サレタルモ排便ナシ。二十九日ニ至ルモ腹痛嘔吐依然トシテ止マズ、飲食物ヲ攝ルモ忽チ吐出ス。午後ニ至リ初メテ、下腹部ニ鳩卵大ノ腫瘤ヲ觸知シ得ルニ至リ、石鹼灌腸ヲ施サレタルモ排便放屁共ニナシ。三十日ニ至リ嘔吐ハ頻發シ、吐物ハ暗青色膽汁様トナルモ、糞臭又ハ血液ヲ混在セズ。週期的ニ發來スル下腹急増激シ、腫瘤亦漸次増大ノ傾向アリ。患者ノ苦悶甚シク、身體ノ衰弱頓ニ加ハレルヲ以テ、更ニ他醫ノ診ヲ求メタルニ、上記ノ如ク診斷サレ即刻當院ニ送ラル。

現症。體格年齡ニ比シ稍小、皮下脂肪組織及ビ筋肉ノ發育不良。皮膚蒼白ニシテ、顔貌ハ貧血、苦惱ノ狀ヲ呈ス。脈搏頻數ニシテ一分時一二〇ヲ算スルモ、整調ニシテ相當ノ緊張アリ。體溫三七度三。呼吸胸式ニシテ淺表、促進シ一分時二六至。舌ハ乾燥シテ淡褐色ノ舌苔ヲ被ムレリ。胸部臟器ニ異常ナシ。腹部ハ一般ニ輕度ノ膨滿ヲ呈シ、下腹部臍ノ直下ニ於テハ、限局性ノ膨隆部ヲ見ル。疼痛發作時ニハ全腹壁ニ亘リテ、著明ナル蠕動不安ヲ目撃シ得。觸診スルニ、腹壁ハ僅カニ緊張ス、下腹部ニ於テ、正中線ヨリ稍右方ニ偏シテ、一箇ノ可動性雞卵大、腸詰様ノ感アル腫瘤ヲ觸ル、境界明カニシテ右上方ヨリ左下方ニ斜ニ位置ス、表面平滑ニシテ、硬度軟ナルモ、疼痛發作時ニハ稍硬固トナル、壓痛アリテ打診上濁音ヲ呈ス。尿中「インヂカン」反應強陽性ナリ。灌腸ヲ施スニ、藥液ト共ニ僅カニ血性粘液ヲ洩ラセリ。茲ニ於テ上記診斷ノ許ニ即刻開腹術ニ決ス。

手術所見。大正十五年十一月三十日午後十二時、閉塞症狀ヲ起シテヨリ六四時間後ニ於テ、「クロロホルム」混合麻醉ノ下ニ、右直腹筋外緣ニ於テ、約九糎ノ縱切開ヲ施ス。腹膜ヲ開ケバ、先ヅ暗赤色、汚穢潤濁セル腹水約五〇瓦流出ス。腹腔内ヲ見ルニ、暗赤色ニ充血シ、膨滿セル腸路係ト、是ニ連續セル下位ニ於テ、黑褐色ニ變色シテ壞疽狀ヲ呈シ、膨滿緊張セル腸

管ノ一部トヲ見ル。是レヲ創口外ニ牽出シテ精檢スルニ、後者ハ疊積嵌頓セル局部腸管ノ壞死ニ陷レル部ニシテ、前者ハ閉塞部上位迴腸ノ反應的ニ腫大膨滿セルモノナリ。疊積シテ變色セル部ハ、迴盲瓣ヲ隔ツルコト約五〇糎ニシテ、上位迴腸ノ其ノ腸間膜ト共ニ下位迴腸内ニ嵌入疊積セルモノニシテ、其ノ長サ一五糎ニ達ス。此ノ部ヨリ盲腸端ニ至ル迴腸ハ、一般ニ退縮セルモ腸壁ニ異常ヲ認メズ。是ニ反シテ疊積部ニ近接セル上位迴腸ハ、著シク腫大膨滿シテ處々ニ暗褐色ヲ呈セル斑點ヲ認ム。茲ニ於テ疊積部ト共ニ、其ノ上位腸管約一七糎ヲ切除シ、端々吻合術ヲ施シ、局部ヲ清拭シタル後、創口ノ一部ニ「ヨードホルム」綿紗ヲ挿入シ、腹壁創ノ大部ヲ閉鎖シテ手術ヲ終ル。手術時間一時間半。術後生理的食鹽水、葡萄糖液、「カムフル」等ヲ注射ス。經過。十二月一日、手術當夜ハ、不安ト疼痛ノタメニ終夜不眠ナリキ。脈膊一三〇乃至一二〇、時々結帶スルモ相當ノ緊張ヲ失ハズ。嘔吐全ク止ム。午前九時頃約二〇〇瓦ノ自然排尿アリ、疼痛去ル。リンゲル氏液、葡萄糖液「ペリスタルチン」、「カムフル」等ノ皮下注射ヲナス。十二月二日一般狀態良好トナリ、脈搏一分時一二〇乃至一一〇至緊張アリテ結帶セズ。體溫三七度二午前十時頃瓦斯ノ放出アリテ胃腸ノ機能恢復ス。此ノ日約二〇〇瓦ノ重湯ヲ攝取ス。注射前日ノ如シ。十二月四日、體溫三七度二。脈搏一分時九〇至。夕刻灌腸ニヨリ少量ノ暗褐色泥狀便ノ排出アリ。十二月五日挿入セル綿紗ヲ全部拔去ス。十二月九日拔糸。爾來經過順調ニシテ十二月廿九日全治退院ス。

切除標本ノ肉眼的所見。切除セル腸管ノ長サハ、疊積部約一五糎、其ノ上位迴腸部約一七糎ニシテ、疊積部ノ周圍ハ約一六糎ニ達ス。英鞘部ハ暗褐色壞疽狀ヲ呈シテ緊張ス。其ノ上位ニ存スル反應的ニ腫大セル腸管ハ、暗赤色ニ充血腫大シ、所々ニ小點狀ノ暗褐色ニ變色セル壞疽部ヲ見ル。疊積部ニ於テ腸軸ニ平行セル切開ヲ施シテ檢スルニ、嵌入部腸管ハ充血肥厚著明ニシテ粘膜ハ浮腫狀ニ腫大セリ。而シテ先端ノ纒轉セル粘膜面ヲ去ルコト、約三糎ノ腸管漿膜下組織ニ於テ、長徑約一糎幅凡ソ〇・六糎、略圓錐狀ヲ爲セル腫瘤

ノ腸壁ヨリ鉛直ニ突隆セルヲ認ム。其ノ基底ニ相當スル腸壁ハ、強ク肥厚シテ、管腔内ニ膨出ノ半球狀ヲ爲シ、厚サ約一種ヲ算ス。管腔ハ著シク狹窄ヲ呈セリ。

顯微鏡の所見。腫瘤ヲ中心トシテ、腸軸ニ一致スル長サ約二種、腫瘤及ビ腸壁ノ全層ヲ含ム縱切片ヲ作り、「ツエロイデン」包裡、「ヘマトキシリン」エオジン」ノ重複染色ヲ施シテ鏡檢ス。上皮ニ於テ盂狀細胞ノ發育著明ナル部アリ、缺損部等ヲ認メズ。固有層ニ於テハ鬱血又ハ出血ノ著明ナル部アリ。粘膜炎板ハ尋常。粘膜炎下組織及ビ筋層ニ於テハ、血管ハ強ク充盈擴張シ、所々ニ著明ナル白血球ノ浸潤部ヲ見ル。而シテ筋層内ヲ中心トシテ、漿膜下、及ビ粘膜炎下ノ兩組織ニ亘ル廣汎部ニ於テ、所謂副脾組織ノ著明ナル發育ヲ認メ、爲ニ筋層ハ萎縮シテ、副脾ノ華間組織内ニ分岐在シ、從ツテ間質組織ノ發育佳良ナリ。

第二例。野〇正〇、男、農。二五年

大正十五年九月十七日入院。

診斷。腸管疊積症。

血族の關係。兩親健存、八名ノ同胞中三名ハ流行性寒胃ニテ、一名ハ不明ノ疾患ニテ死シ、四名ハ健在ナリ。畸形其ノ他ノ遺傳的疾患ヲ認メズ。

既往症。幼時ヨリ胃腸加答兒ニ罹患シ易ク、特ニ學齡期ニ於テハ、遺少ノ食事不振生ノ爲ニ、容易ニ腹痛、嘔吐、下痢等訴ヘテ、屢就醫スルヲ例トセリ。然ルニ思春期ニ入りテヨリハ、全ク其ノ跡ヲ絶チテ健體トナリ、大正十二年十二月第五師團ニ入營ス。大正十三年十一月月中旬、秋季機動演習ニ參加シテ、晝夜兼行激列ナル軍務ニ服務中、十一月二十日午前四時頃、何等認ムベキ原因ナクシテ、突然臍部ニ腹痛ヲ覺エ、漸次増激スルニ至ルヲ以テ、午前十時現地ヨリ還送サレ、廣島衛戍病院ニ收容サル。ソノ後腹痛ハ注射ニヨリテ稍緩解セリ。而ルニ午後九時頃ヨリハ嘔吐ヲ發スルニ至リ、且ツ週期的腹痛ノ發來止マズ、腹部膨滿感アリ。便痛、放屁共ニ缺シ、夜ヲ通シテ苦悶

セリ。翌二十二日午前十時頃ニ至リテ、腸管疊積症ナル診斷ノ下ノ開腹手術ヲウケ、疊積セル迴腸部約六〇糎切除、端々吻合術ヲ施サレタリ。爾後經過順調ナリシガ、術後二四日目ニ於テ、再び著明ナル腸管狹窄症狀發來セル爲ニ重ネテ開腹手術ヲ受ケタルニ、先キニ端々吻合術ヲ施サレタル局部腸管ニ於テ、高度ノ狹窄ヲ呈セル爲、更ニ其ノ上、下位迴腸部ニ於テ側々吻合術ヲ施サレタリトイヘリ。術後ノ經過頗ル良好ニシテ、約一ヶ月ニシテ全治除隊歸郷ス。爾來今日ニ至ル迄健康ニシテ疾患ヲ知ラザリキ。

現症病歴。大正十五年九月十六日、早朝ヨリ畑作物ニ水肥ヲ施シテ正午ニ至リ、稍々疲勞ヲ覺エ、腹部ニ不快感アリテ晝食ハ攝ラズシテ休養ヒリ。午後三時頃ニ至リ突然腹痛ヲ訴ヘ、漸次發作的ニ増激スルヲ以テ、醫診ヲ乞ヒ注射、電法等ヲ受ケテ稍輕快セリ。午後十一時ニ嘔吐ヲ催セリ、吐物ハ初メ黃色苦味膽汁樣液體ナリシモ、後ニハ稍暗褐色ヲ帶ブルニ至ル。同時ニ下腹部ニ腫瘤ヲ觸知シ得ルニ氣付ケリ、腫瘤ハ疼痛發作毎ニ増大スル傾向アリ。且ツ放屁、排便共ニ無キヲ以テ、自カラ前病ノ再發セルモノナラント診シテ當院ヲ訪ヘリ。

現症。體格營養共ニ中等、顏貌ニ不安ノ色アリ。皮膚ニ貧血ヲ認メズ。舌ハ乾燥シテ灰白色ノ舌苔ヲ被ムレリ。體溫三六度八。脈搏一分時八〇至、整調ニシテ緊張ス。呼吸胸式ニシテ一分時二二至。胸部臟器ニ理學的變化ヲ認メズ。尿中「インデカン」反應陽性。腹部ヲ診スルニ、腹壁皮膚ニハ正中線ニ於テ臍ノ上下ニ亘リ、長サ約一四糎、幅約一糎ノ癰痕ヲ見ル。下腹部ハ限局性ニ膨隆ヲ呈シ、腹壁全般ハ時々部分的ニ隆起シテ著明ナル蠕動不安ヲ認メ得。觸診スル腹壁ハ一般ニ緊張セズ、下腹部正中線ニ於テ、稍左側ニ偏シテ腹壁ノ膨隆部ニ一致シ、大人手拳大ノ腫瘤ヲ觸知シ得、表面平滑ヲ缺グ、硬度ハ彈力性軟ナルモ、疼痛發作時ニハ稍硬固ナル、境界明カニシテ上方ハ臍ニ達シ、下方ハ臍間線ニ至ル、上下ニハ僅カニ移動シ得ルモ、左右ニハ移動セズ、稍々壓痛アリテ打診上濁音ヲ呈ス。灌腸ニヨリテ血性粘液便ヲ少許

ニ洩ラシタリ。

手術の所見。九月十七日午後三時、腹痛ヲ訴ヘ初メテヨリ二四時間後ニ於テ、「ノボカイン」局所麻醉ノ下ニ、正中線癰痕部ヨリ約一糎左方ニ偏シテ、凡ソ一三糎ノ縱切開ヲ加フ。腹膜ヲ開ケバ稀薄暗赤色ニシテ種濁濁セル腹水少許ニ流出ス。同時ニ強ク充血腫張シテ暗赤色ヲ呈シ、且ツ高度ニ擴張膨滿シテ大ナル腫瘤狀ヲ呈セル腸蹄係ヲ見ル。是レヲ充分ナル注意ノ下ニ檢スルニ、此ノ略橢圓形ヲ呈セル腫瘤狀物ハ、第二回ノ剖腹術ノ際ニ、廻腸ニ於テ施サレタル側々吻合部ニ當リ、腫瘤ノ中央部ハ横ニ強ク絞縮サレ居リ、此ノ部ニ相當シテ曲線のニ走行セル縫合系ノ痕跡ヲ明カニ認メ得タリ。腫瘤ハ長徑約一六糎、幅徑約一〇糎ヲ算ス。腫瘤ノ左側ニ於テ、其ノ上下ヲ弓狀ニ連絡セル、充血シテ稍腫大セル腸蹄係ヲ見ル。是ハ曠置セラレタル腸管ニシテ僅カニ一〇糎ヲ餘スニ過ギズシテ、其ノ過半部ハ腸間膜ト共ニ下位腸管内、即チ吻合部ニ嵌入疊積シ、先進部ノ大半ハ吻合孔ヲ通ジテ上位廻腸内ニ突入シ迂曲蜷々タル形影ヲ觸知シ得、爲ニ吻合部腸管ハ上、下共ニ著シク膨大、緊張シテ鼓腹狀ヲ呈セリ。是ヨリ上位腸管ハ充血腫張シテ膨大セルモ、下位腸管ハ寧ロ退縮シ居リ、パウヒン氏瓣ニ至ルコト約三〇糎ノ距離ニ在リ。茲ニ於テ疊積部ヲ創口外ニ牽出シ、整復ヲ試ミタルモ、頸部ノ狭小ナルニ反シ上下ノ腸管ノ吻合ヨリ成レル莢鞘部ノ内腔ハ、頗ル廣濶ニシテ、是ニ應ジテ嵌入部腸管ハ極度ニ肥厚腫大シ、且ツ迂曲セルヲ以テ、遂ニ解除不能ナリ。依ツテ疊積部ヲ切除、端々吻合術ヲ施シ、腹腔内ヲ清拭シ、創口ノ一部ニ「ヨードホルム」綿紗ヲ挿入シ、腹壁創ノ大部分ヲ閉鎖シテ手術ヲ終ル。手術時間一時五十分。術後生理的食鹽水一〇〇〇瓦、其ノ他葡萄糖液、「カムレル」等ヲ注射ス。

經過。手術後ハ疼痛去リテ稍々睡眠シ得タリ。脈搏一分時九五至、體溫三七度五。九月十八日午前五時頃ヨリ嘔吐ヲ催スニ至リ、腹部膨滿感ヲ訴フ。腹部ヲ診スルニ一般ニ寧ロ陷沒ノ狀ニ在ルモ、上腹部ハ膨隆シテ鼓音ヲ呈シ

肝濁音界ハ消失セリ。依リテ胃洗滌ヲ反覆シテ行ヘリ。午前六時頃初メテ自然排尿アリ。脈搏一分時九〇至、整、緊張ス。體溫三七度三、葡萄糖液加リンゲル氏液五〇〇瓦皮下注射ス。九月十九日一般狀態佳良ナルモ嘔吐止マズ、午前八時及ビ午後六時ニ胃洗滌ヲ施ス。午後七時「グリセリン」灌腸ニヨリ少許ノ放屁アリ。九月二十日午前中三回ノ嘔吐アリ、午後ハ全ク止ム。一般狀態甚ダ佳良ナリ「グリセリン」灌腸ニヨリテ初メテ少量ノ排便アリ。午後重湯一合ヲ攝ス。爾來順調ニ輕快シテ十月二十日、手術後三四日ニシテ全治退院ス。

切除標本ノ肉眼的所見。切除セル腸管疊積部ハ、以前ニ施サレタル廻腸ノ側々吻合部ニ當リ、不正橢圓形ヲ呈シ、長徑約一八糎、短徑約一〇糎、周圍二六糎ニシテ、ソノ一端ニハ切除セラレタル上、下位斷端相對ス。上位斷端ハ管腔廣濶ニシテ腸壁ハ肥厚セリ、下位斷端ハ腸壁ハ薄ク、管腔縮小セリ。疊積部ノ他端ハ曠置セラレタル腸蹄係ニシテ稍腫大シ、半月狀ヲ呈セル約一〇糎ヲ殘シテ其ノ大部分ハ吻合部ニ嵌入疊積セリ。一般ニ表面ハ暗青色ヲ呈セルモ、壞疽又ハ穿孔等ヲ認メズ。疊積部腸管ノ全長ニ亘リ、腸軸ニ一致スル切開ヲ施シテ檢スルニ、莢鞘部ハ腸壁比較的菲薄ナルモ、中鞘ハ高度ニ充血肥厚シ、時ニ粘膜層ハ浮腫狀ニ腫大シテ暗褐色壞疽狀ヲ呈セリ。内鞘ハ著シク退縮シテ紐狀トナレルヲ見ル。特ニ注意スベキハ、頭部トシテ最前線ニ在ル粘膜面ヨリ、約一三糎ヲ隔ツル部ニ於テ、腸壁ハ輪狀ニ萎縮、肥厚シ、粘膜面ノ皺襞亦肝狀ニ肥大シ、爲ニ管腔ハ強度ノ狹窄ヲ呈シ、辛ウジテ消息子ヲ通ジ得ル程度ナリ、害チ該部ハ第一回ノ開腹手術ニ際シ、腸管切除後ニ端々吻合術ヲ施サレタル部ニ相當ス。

顯微鏡的所見。腸管狹窄最モ高度ニシテ、腸壁ノ肥厚最モ強キ、凡ソ頭部ヨリ三糎ヲ隔レル部ヲ中心トシテ、腸軸ニ平行スル長サ約二糎ノ腸壁全層ヲ含ム縱切片ヲ作りテ、「ツエロイデン」包埋「ヘマトキシリン」エオジン「重腹染色」ヲ施シテ檢ス。

絨毛一般ニ著大ニシテ配列不規則ナリ。上皮及ビ固有層ノ發育佳良ニシテ淋巴濾胞稍密在ス。粘膜下組織及ビ筋纖維ノ間ニ於テ、數ヶ所ノ、周圍ニ圓形細胞イ浸潤ヲ伴ヘル變合糸ノ殘存ヲ認ム、是等ノ部ヲ中心トシテ、腸壁全層ニ亘リテ種々ナリ方向ニ向ヒテ、著明ナル結締組織ノ増殖ヲ認ム。筋纖維ハ一般ニ萎縮ノ狀態ニ在ルモ、接合端ノ粘膜下組織ニ終レル部ニ於テハ、稍肥大増殖セル部アリ。筋層内及ビ特ニ粘膜下組織ニ於テハ、甚ダ著明ナル「エオジン」嗜好細胞ノ浸潤部ヲ認メタリ。粘膜下組織其ノ他ニ於ケル血管ハ血液ヲ以テ強ク充盈擴張セルヲ見ル。

第三例 稻○基、六ヶ月、男。

大正十五年二月十四日入院。

診斷。腸閉塞症。

血族史。兩親、兄弟二名共ニ健ナリ。特記スベキ遺傳的疾患ヲ認メズ。既往症。母乳營養生後發育頗ル佳良ニシテ疾患ヲ知ラズ。

現症病歴。去ル十一日朝來常ノ如ク子守ニ背負ハレテ遊ビタルニ、午後三時頃ニ至リ、突然何等ノ認ムベキ原因ナクシテ、急ニ不氣嫌トナリ、不安トナリテ時々號叫スルニ至リ、哺乳スルモ乳ヲ飲マズ。夜半ヨリハ嘔吐ヲ催スニ至リ、少量ノ母乳ヲ與フルモ忽チ吐出ス。翌日午後二時頃醫診ヲ求メ、「ゲリセリン」灌腸ヲ施サレテ、僅少ノ粘液血便ヲ洩ラセリトイフ。爾後放屁、排便共ニ無シ。今朝來腹部著シク膨滿、緊張シ來リ、嘔吐止マズ、吐物ハ黃色膽汁様ナルモ血液等ノ混在ヲ認メズ。顔貌蒼白ニシテ、氣力全クナク、呼吸促進シテ、頗ル重篤ノ容態ナルヲ以テ、更ニ他醫ノ診ヲ求メタルニ、上記ノ如ク診斷サレ、直ニ當院ニ送ラル。

現症。營養發育共ニ著シク佳良ノ小兒ナリ。顔貌蒼白貧血ヲ呈シ、無力嗜眠ノ狀態ニ在リ。體溫三七度一分、脈搏一分時一五〇至、細小頻數ニシテ時々結帶ス。呼吸胸式ニシテ、淺表促進シ一分時四〇ヲ算ス。眼瞼結膜ハ貧血ヲ呈ス、眼裂ハ半開シテ、眼球ハ上方ヲ凝視セルガ如シ、瞳孔反應ハ銳敏ナ

リ。舌ハ白色ノ舌苔ヲ被ムレリ。胸部臟器ニ異常ナシ。腹部ヲ診スルニ、一般ニ高度ニ膨滿、緊張シ、特ニ右側腹部、上腹部ニ著シク、稍腹筋ノ收縮セルヲ認ム。腹壁ニ於テ蠕動亢進ノ狀態ヲ見ズ。觸診スルニ、疼痛アルモノ、如ク、微カニ號叫ス。注意シテ診スルニ、右腸骨窩部ヨリ上腹部ニ亘リテ、稍抵抗ヲ觸知シ、該部ハ打診上濁音ヲ呈セルモ、他部ハ悉ク鼓音ヲ呈セリ。聽診上僅カニ、腸管ノ蠕動ニヨル雜音ヲ聴取シ得タリ。高壓灌腸ヲ施シタルニ液ハ忽チ逆流シ、液中ニ血性粘液様絮片ノ浮遊セルヲ認メタルモ糞樣物ヲ含マズ。茲ニ於テ腸管壅積症ナル疑診ノ下ニ、發病後七三時間ヲ經過シテ開腹手術ヲ行フ。

手術所見。「エーテル、クロ、ホルム」ノ混合麻醉ノ下ニ、正中線ニ於テ臍ヲ左廻シテ、約一〇糎ノ縱切開ヲ加ヘ、腹腔ニ達スレバ、暗褐色濁濁セル腹水約三〇瓦流出ス。腹腔ヲ檢スルニ、腹膜、腸管ハ共ハ暗赤色ニ充血腫張シ既ニ著明ナル汎性腹膜炎ノ像ヲ呈セリ。而シテ小腸諸係ハ、高度ニ膨滿緊張シ、暗赤色ニ腫大セリ。是レヲ創口外ニ牽出シテ、溫濕綿紗ニテ被覆シ、廻盲部ヲ精檢スルニ、上行結腸ハ暗青色ヲ呈シテ腫大シ、廻腸下部ハ蟲様突起、盲腸及ビ其ノ腸間膜ト共ニ、此ノ中ニ嵌入壅積シ、尖端ハ既ニ横行結腸起始部ニ達シ居レリ。而シテ頸部ハ堅ク絞窄セラレ居ルヲ以テ、整復ノ全ク不可能ナルヲ知ル。茲ニ於テ疊積部一五糎ヲ切除シ、廻腸、結腸ノ端々吻合術ヲ施シ、腹腔ヲ清拭シ、創口ノ一部ニ「ヨードホルム」綿紗ヲ挿入シ、他部ヲ縫合閉鎖シテ手術ヲ終ル。手術時間一時間半手術中壓「カムフル」注射ヲ施ス。術後リンゲル氏液、葡萄糖液等ヲ注射ス。

經過。術後心力次第ニ衰ヘテ、四時間後ニ鬼籍ニ入ル。

切除標本ノ肉眼の所見。切除セル疊積部腸管ニ就キテ見ルニ、長サ約一五糎、英鞘部周圍約一〇糎ヲ算ス。一般ニ暗青色ヲ呈セルモ、黑變セル部等ヲ認メズ。疊積部ニ於テ腸軸ニ平行スル切開ヲ加ヘテ檢スルニ、嵌入部ハ高度ニ浮腫狀ヲ呈シテ、腫張肥厚シ、暗黑色ニ變色セリ。而シテ廻腸下端ハバウヒン

氏辦ヲ尖端トシテ、上行結腸内ニ翻轉嵌入シ、最モ強ク腫張肥厚シ居ルモ、腫瘍等ノ病變ヲ認メズ。尖端ヨリ約二極隔レル部ニ於テ、盲腸下端ノ翻轉シテ、蟲樣突起ト共ニ疊積ニ參加セルヲ見ル。本例ハ正ニ迴腸盲腸結腸疊積症ト稱スベキモノナリ。

第四例。石〇ミ〇ギ、一一年、女。

大正十五年三月十一日入院。

診斷。腸管疊積症。

血族史。兩親、兄弟四名共ニ健存ス。畸形ソノ他ノ特記スベキ遺傳的疾患ヲ認メズ。

既往症。生來強壯ナリ。種痘善感麻疹ヲ經過ス。幼時ニハ時々、腹痛、下痢等ヲ訴ヘタルコトアルモ、學齡期以後全ク健體トナリテ、疾患ヲ知ラズ。現症病歴。本月二日何等ノ認ムベキ原因ナクシテ、突然腹部ニ疼痛ヲ訴ヘ週期的ニ發來ス。翌日ヨリ時々嘔吐ヲ催スニ至リ、疼痛發作時ニハ、右側腹部ニ堅キ腫瘍ヲ觸知シ得、且ツ壓痛甚シキヲ知レリ。排便ハ黑色又ハ粘液血性下痢樣ニシテ、一日數行アルモ極メテ少量ニシテ、裏急後重ヲ伴ハズ。食欲全ク無キモ、口渴甚シキヲ以テ重湯、水等ニヨリ、渴ヲ醫セルモ悉ク吐出スルコトアリ。醫療ヲ加フルモ嘔吐、疼痛少シモ緩解セズ。加フルニ腫瘍、漸次増大ノ傾向アリ。主治醫ハ本日ニ至リ、始メテ腸管疊積症ト診斷シテ當院ニ送ラル。

現症。體格、營養共ニ中等、顔面僅カニ貧血ヲ呈シ、顔貌稍不安ノ色アリ。體溫三六度五。脈搏一分九二至、整調ニシテ緊張ス。呼吸胸式ニシテ一分時二ニ算ス。舌ハ乾燥シテ白キ舌苔ヲ帶ブ。胸部臟器ニ理學的變化ヲ認メズ。腹部ヲ診スルニ、腹壁ハ膨滿緊張セズ、柔軟ニシテ寧ろ弛緩ス。蠕動不安等ヲ認メズ。腹部ヲ按壓ヘルニ臍ノ右側ヨリ、其ノ上部ニ亘リテ彎曲セル腸結樣ノ腫瘍ヲ觸ル、硬度ハ彈力性軟ナリ、境界明カニシテ、移動性ヲ缺グ。壓痛甚シク患者ハ觸診ニヨリ、號叫スル程ナリ、而シテ打診上濁音ヲ呈ス。

高壓灌腸ヲ施スモ、液ハ逆流シテ目的ヲ達セズ、流出セル液中ニハ血性粘液樣物ノ浮遊セルヲ認メタリ。即チ上記診斷ノ下ニ開腹手術ニ決ス。發病後實ニ、十日ヲ經過セリ。

手術所見。(クロロホルム、エーテル)混合麻酔ノ下ニ、正中線ニ於テ、約一二極ノ皮膚切開ヲ加ヘ、腹膜ヲ開キ大綱ヲ側方ニ壓排シテ腸路係ヲ見ルニ、小腸ハ多少充血、發赤セルモ膨滿、緊張ヲ認メズ。右腸骨高ヲ檢スルニ、迴腸下部ハ蟲樣突起、盲腸及ビ其ノ腸間膜ト共ニ、上行結腸内ニ嵌入疊積シ、其ノ尖端ハ横行結腸ノ凡ソ中央部ニ達セリ。然レドモ嵌入頗ル緩徐ニシテ、輸入端ヲ輕ク牽引シツ、英鞘部ニ於テ、其ノ頭部ヲ壓搾スルニ、比較的容易ニ整復サレテ、最後ニ盲腸下端ノ翻轉部ヲ整復シ、此ノ部ヲ迴腸之間膜ニ縫合固定ス。嵌入部腸管ハ僅カニ浮腫狀ニ腫張セルモ何等ノ變色部等ヲ呈シ居ラザルヲ以テ、其ノ儘腹腔ヲ閉鎖ス。手術時間約四十分。術後葡萄糖液加リンゲル氏液五〇〇瓦皮下注射ヲナス。

經過。手術當夜ハ稍々安眠ス。脈搏一一〇至緊張ス。三月十五日、疼痛、嘔吐止ム。午前八時頃自然排尿アリ。午後少許ノ驅風アリ。體溫三七度八、脈搏一〇〇至整緊張ス。重湯一合ヲ食ス。三月十六日、一般狀態頗ル佳良ナリ。午後灌腸ニヨリ少量ノ黑褐色坭狀便ヲ排出ス。爾後經過順調ニシテ、十日目ニ拔糸四月五日全治退院ス。術後二三日目ナリ。

第五例。岡〇龍〇、一一年三ヶ月、男。

大正十五年四月十五日入院。

診斷。腸管疊積症。

血族の關係。兩親、兄弟二名共ニ健存ス。特記スベキ遺傳的關係ヲ認メズ。既往症。母乳營養兒ニシテ、發育佳良疾患ヲ知ラズ。

現症病歴。昨朝午前四時頃、何等ノ認ムベキ誘因ナクシテ、突然非常ニ不安トナリ不氣嫌トナリテ、時々號叫シ腹痛アルモノ、如シ。午前九時頃ヨリ嘔吐ヲ頻發ス。夕景ヨリ稍々安靜トナレルモ、時々號叫苦悶ス、哺乳スルモ

直ニ吐出ス。今朝來顔貌頓ニ不良トナリ、氣力全クナク、腹部稍膨滿シ來リ、且ツ發病來未ダ便通ナキヲ以テ、某小兒科醫ノ診ヲ受ケタルニ、上記ノ如ク診斷サレ、即刻當院ヲ訪ヘリ。

現症。營養、發育共ニ佳良ナリ。顔面蒼白、貧血ヲ呈シ、顔貌無力、苦惱ノ狀ニ在リ。眼裂ハ僅カニ開キ、眼球ハ上轉セリ、眼瞼結膜ハ貧血ヲ呈ス、瞳孔反應ハ正常。舌ハ乾燥シ灰白色ノ舌苔ヲ被レリ。胸部臟器ニ異常ナシ。腹部ヲ診スルニ、一般ニ稍膨隆シ、特ニ右側腹部ヨリ上腹部ニ亘リテ著明ナリ、左側下腹部ハ殆ンド膨隆セズ、腹壁ニ時々、極輕度ノ蠕動不安ヲ認ム。腹部ヲ按壓スルニ、右上行結腸部ヨリ心窩部ヲ經テ下行結腸ニ至ル部ニ相當シテ、凡ソ馬蹄形狀ヲナセル腸詰樣腫瘤ヲ觸知シ得、境界稍明カニシテ移動性ヲ缺グ。直腸內指診ニヨリ彈力性軟ノ腫瘤ヲ觸ル。發病來排便、放屁無シ。茲ニ於テ腸管疊積症ナル診斷ノ下ニ、即刻開腹手術ニ決ス。時ニ午後二時ニシテ發病後三四時間ヲ經過セリ。

手術所見。「エーテル」クロホルム混合麻醉ノ下ニ、正中線ニ於テ臍ヲ左廻シ、約一〇糎ノ縱切開ヲ加ヘ、腹腔ニ達スルニ、小腸腸係ハ僅カニ淡紅色ヲ呈セルモ膨大腫脹セズ、是レヲ創口外ニ牽出シ、溫濕綿紗ニテ被覆シ、更ニ腹腔內ヲ精檢スルニ、廻盲部疊積症ニシテ、上行、横行結腸ハ稍膨大緊張シテ暗青色ヲ呈シ、廻盲部ハ其ノ先端トナリテ、上記結腸內ニ嵌入疊積シ、其ノ頭部ハ既ニ下行結腸ノ中央部ニ迄進入セリ。茲ニ於テ充分ナル注意ノ下ニ輸入端ヲ輕ク牽引シツ、莢鞘部ニ於テ其ノ頭部ヲ壓縮スルニ、容易ニ其ノ大部分ヲ緩解整復スルコトヲ得タルモ、其ノ起始部タル廻盲部ニ於テハ稍困難ヲ感ゼリ、然レドモ特ニ注意ヲ拂ヒ、慎重ニ整復ヲ試ミ遂ニ基ノ目的ヲ達セリ。即チ最後ニ廻腸下端、蟲樣突起部ハ整復サレタルモ、盲腸下端ノミハ依然トシテ翻轉シ、小陷凹ヲ殘セルヲ見タリ、是ヲ正位ニ復セシメ廻腸間膜ニ縫合固定ス。嵌入部腸管亦暗赤色ニ充血腫大セルモ、變色セル部ヲ證明セザルヲ以テ、其ノ儘腹腔ヲ閉鎖シテ手術ヲ終ル。手術時間約五〇分、術後

リンゲル氏液、葡萄糖液、「カムフル」液等ヲ注射ス。

經過。術後ノ經過良好ナラズ、種々手當ヲ盡シタルモ心力漸次衰脫シ、翌日午後四時遂ニ鬼籍ニ入ル。

第六例。田〇榮〇、七〇年、男、農。

大正十四年十二月二十六日入院。

診斷。急性腸閉塞症。

血族史。兩親ハ共ニ高年ニテ、不明ノ疾患ニテ死ス。兄弟三名アリ、一名ハ胃疾患ニテ五五歳ノ時死セリ。他ノ二名ハ健存セルモ、何レモ胃腸疾患ノ持病アリトイフ。

既往症。生來胃腸弱ク、殖少ノ食事不攝生ニヨリテモ容易ニ腹痛、下痢ヲ起ス習慣アルモ、他ニ記憶スベキ疾患ヲ知ラズ。

現症病歴。去ル二十一日親戚ニ不幸アリテ會葬シ、歸宅後、午後七時頃突然強激ナル腹痛ヲ覺エタルヲ以テ、直チニ醫診ヲ求メ、注射ヲ受ケテ稍輕快セリ。翌日午前四時頃ヨリ激痛ヲ覺エ、時々嘔吐アリ、爾來盲腸炎トシテ加療サル。然レドモ熱發ナク、腹痛嘔吐依然トシテ去ラズ、且ツ復部漸次膨滿シ來リ、灌腸ヲ施スモ排便、放屁共ニ無ク、食事ハ嘔吐ノタメニ攝取スル能ハズ、逐日衰弱苦痛ヲ増スヲ以テ當院ヲ訪ヘリ。

現症。體格中等、營養不良、皮膚ハ乾燥シテ貧血ヲ呈シ、彈力及ビ光澤ニ乏シク、皮下脂肪組織、筋肉ノ發育亦不良ナリ。顔面蒼白ニシテ、顔貌無力憔悴シテ苦悶ノ狀ヲ表ハス。舌ハ乾燥シテ暗褐色ノ稍厚キ舌苔ヲ帶ベリ。脈搏一分時一二〇ヲ算シ、緊張弱ク時々結帶ス。呼吸胸式淺表ニシテ一分時二三ヲ數フ。體溫三七度二。胸部臟器ニ異常ナシ。腹部ヲ診スルニ、腹壁ハ全般ニ亘リテ極度ニ膨滿緊張シ、皮膚靜脈ノ稍擴張セルヲ見ル。腹壁ニ於テ蠕動不安ヲ認メズ、觸診スルニ腹筋ハ稍收縮シ、到ル處壓痛著明ナリ。注意シテ腹部ヲ按壓スルニ、廻盲部ニ於テ稍抵抗アル腫瘤樣物ヲ觸知シ得ルモ、境界、移動性等ハ明カナラズ。打診上中腹部ハ鼓音ヲ呈セルモ、兩側腹部ハ全

ク濁音ヲ呈シ、體位變換ニヨリ濁音界ノ移動ヲ證明ス。聽診上腸蠕動ニヨル雜音ヲ聞カズ。注意シテ腸洗滌ヲ施スニ、少許ノ瓦斯ト血性粘液片ノ浮遊セルヲ認メタルノミ。茲ニ於テ腸管閉塞症ト是ニ續發セル汎發性腹膜炎ナラントノ疑診ノ下ニ即時手術ニ決ス、時ニ午後三時ニシテ發病後六日(一六時間)目ナリ。

手術所見。「ノボカイン」局所麻酔ノ下ニ右直腹筋外緣ニ於テ約一二糎ノ縱切開ヲ施シ、腹膜ヲ開クヤ直チニ暗赤色稍濁セル腹水多量ニ流出ス。腸管ハ内容ヲ以テ高度ニ擴張膨滿シ、腸壁ハ強ク充血シテ暗赤色ヲ呈シ、稍大ナル血管ノ怒張シテ走行セルヲ見ル。該腸蹄係ヲ創口外ニ牽出シ、溫濕綿紗ニテ包裡シ、更ニ腹腔内ヲ檢スルニ迴腸下部ハ、盲腸、蟲樣垂、及ビ其等ノ腸間膜ト共ニ、上行結腸内ニ嵌入疊積シ、長ヤ約一二糎ニ達シ、先端ハ結腸ノ肝彎曲部ニ達セリ。而シテ莢鞘部ハ既ニ暗紫色ヲ呈シテ、所々黑褐色ニ變色セル斑點ヲ認メタルヲ以テ整復ヲ行ハズ。此時既ニ脈搏其ノ他ノ一般狀態益不良好ナレルヲ以テ、疊積部切除ヲ斷念シ、創口外ニ牽出被覆セル小腸ノ一部ヲ露出、穿刺シテ瓦斯及ビ液狀内容ヲ悉ク壓出シ、以テ腸管ヲ弛緩縮小セシメ、露出セル小腸蹄係ヲ悉ク腹腔内ニ還納シタル後、穿刺部ハ腹壁創ノ下部ニ縫合固定シテ、人工糞瘻ヲ造設シ、依リテ患者ノ苦患ヲ一時緩解スルコトニ努メ、創口ノ一部ヲ閉鎖シテ手術ヲ終ル。手術時間一時二十分、術後リッゲル氏液、葡萄糖液、「カムフル」液等ヲ反覆シテ注射ス。

經過。術後疼痛止ミ、嘔吐去リ、自覺症稍輕快シタルモ心力漸次衰へ、翌日午前十一時終ニ鬼籍ニ入ル。

死後腹壁創ノ閉鎖ニ際シテ、縫合糸ヲ拔去、腹腔ヲ開キテ疊積部ニ達シ、腸管縱軸ニ平行セル切開ヲ加ヘテ、先端ヲ檢スルニ、パウヒン氏瓣其ノ頭部ヲ爲シ、ソレヨリ約二糎ヲ隔ツル部ニ於テ、盲腸下端翻轉シ、蟲樣突起ト共ニ嵌入ニ參與セルコトヲ確メタリ。

第七例。山○肇○、八年、男、學童。

第五卷 【臨床】 東

大正十五年九月二十四日入院。

診斷。腸管疊積症。

血族史。兩親、兄弟五名皆健康ニシテ、特記スベキ遺傳的疾患ヲ認メズ。既往症。生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。

現症病歷。九月十八日ノ午後ヨリ、何等ノ認ムベキ原因ナクシテ、突然下

腹痛ヲ訴ヘ、時々週期的ニ發來ス、嘔氣アリテ食慾全クナシ。醫診ヲ求メタルニ大腸加答兒ト診斷サレ、少量ノ流動食ヲ攝取シ、服藥、溫瘴法等ニヨリテ今日ニ至レルモ、腹痛依然トシテ止マズ、腹部ニ稍膨滿感アリ、食思缺乏シ、便通ハ下劑ノ内用ニヨリテ少量ヲ排泄ス、別ニ血液等ノ混在セルヲ見ズトイフ。發病來少シモ輕快セズ、漸次衰弱ノ徵アルヲ以テ、本日他ノ内科醫ノ診ヲウケタルニ、上記ノ如ク診斷サレ即刻當院ヲ訪ヘリ。此時發病ヨリ既ニ七日ヲ經過セリ。

現症。體格、營養中等、顔面稍貧血ヲ呈シ、顔貌ニ不安ノ色アリ、眼瞼結膜ハ貧血ヲ呈シ、舌ハ乾燥シテ灰白色ノ薄キ舌帶ヲ被レリ。體溫三六度八、脈搏一分時八五至、整調、緊張ス。呼吸胸式ニシテ一分時二二至。胸部臟器ニ異常ナシ。腹部ハ視診上、右側下腹部ヨリ上腹部ニ亘リテ、僅カニ膨隆セルモ、左側腹部ハ寧ロ凹陷シ、腹壁ハ一般ニ弛緩セリ。觸診上、右側腸骨窩部ヨリ肝臟下部ニ亘リテ、腸詰樣ノ感アル腫瘤ヲ觸知シ得、打診上濁音ヲ呈シ、境界明カニシテ壓痛アリ、移動性ヲ缺グ。時々腹鳴アリテ、輕度ノ蠕動不安ノ狀ヲ見ル。

療法及ビ經過。腸管疊積症ナル診斷ノ下ニ、午後三時頃患者ヲ膝肘位トナシテ、肛門ヨリ約二〇糎上方結腸内ニ挿入セル食道消息子ヲ通ジテ、約六〇〇瓦ノ微溫生理的食鹽水ヲ注入シタル時、注腸液ノ強激ナル逆流ニ會ヘルヲ以テ、直チニ注入ヲ中止シ肛門ヲ壓迫閉鎖ス。約一時間餘ニシテ注入液ハ殆ンド排泄サレ、患者ハ頗ル爽快ヲ感ゼリトイフ。午後八時頃少量ノ驅風、及ビ液狀便ノ排出アリ。此時腫瘤ハ全ク消失セルヲ認メタリ。翌二十五日午前

八時頃大量ノ排便及ビ放屁アリ、爾後數回ノ排便アリ、疼痛全ク去リ、食思一振ヒ三日目ニ退院セリ。

第三章 總括並ニ考案

一、腸管疊積症ノ成因ニ就キテ。

文献ヲ閱スルニ、腸管疊積症ノ成因ニツキテ從來三說アリ、麻痺說、痙攣說、器械說是ナリ。麻痺說ハ臨床的觀察ト、病理解剖學的所見トヲ根據トシテ唱導セラレタルモノニシテ、即チ Peyer ハ麻痺セル腸管局部ハ自然擴張シ、蠕動ニヨリ下方ニ推進シ來レル麻痺セザル腸管ヲ其ノ中ニ收容スト説キ。Leichtenstern ハ限局性麻痺腸管部ハ、其ノ上位ニ在ル健全腸管ノ蠕動ニヨリ、其ノ下位ニ在ル健全腸管内ニ嵌入セラレテ疊積ヲ形成スト説ケリ。而シテ是等ノ限局部腸管麻痺ハ、腹部外傷又ハ腸管ノ炎症性變化ニ由來スト云ヘリ。然ルニ Leubuscher ハ家兎ニ於ケル實驗的研究ノ結果、限局部腸管麻痺ハ必ズシモ疊積ノ原因ニ非ズ、ト主張スルニ至リ。又 Notlingel ハ其ノ實驗的研究ニヨリテ、病的腸疊積ジ起ス最初ノ機轉ハ腸管一部ノ痙攣ナリ、ト説クニ至リテヨリ、爾後ノ多數ノ臨床的觀察及ビ實驗的研究ノ結果ハ、多ク麻痺說ヲ棄テ、痙攣說ヲ支持スルニ至レリ。然ラバ痙攣說ハ如何ト云フニ、Daus, Cruveillier, Brinton, Rafinesque 等ノ專ラ臨床的觀察ヲ根據トシテ、痙攣的ニ收縮セル腸管ハ、其ノ上位ニ在ル腸管ノ蠕動ニヨリテ、其ノ下位腸管内ニ送入セラレテ疊積成立スト主張スル一派ト、Notlingel, Treves, Dancy-power Leubuscher, Propping, Dietrichs 其ノ他ノ諸氏ノ專ラ實驗的觀察ニ基ヅキテ、痙攣的ニ輪狀收縮ヲ發起セル限局部腸管ハ、收縮セザル腸管トノ境界ニ於テ、傘狀被包ヲ作り、次イデ外觀並ニ頸部推進シテ收縮部腸管ヲ被ヒ、以テ疊積成立ス、トノ新痙攣說ヲ主張セルモノトアリ。而シテ加藤繁 Goldschmidt 氏等ハ、痙攣的輪狀收縮ハ、一躍傘狀被包ヲ作ルモノニ非ズシテ、必須階梯トシテ先ヅ圓盤形移行部ヲ作り、次イデ傘狀被包ヲ形成シテ、疊積ノ進行スルモノナルコトヲ高調セリ。此ノ他 Besnier ノ器械的作用説アリテ、適度ニ收縮セル腸管ハ、其ノ上位ニ在ル腸管内容ノ重量ニヨリテ、其ノ下位腸管内ニ純器械的ニ嵌入疊積スト説ケルモ、コハ全ク顧ラレズシテ、現今ハ痙攣說ノ實驗的根據ヲ有セルモノナルコト、一般ニ認識セラル、ニ至レリ。

Treves ニョレバ腸管疊積症一〇〇例中其ノ六二例ニ於テハ、誘因トシテ認ムベキ何等ノ病徴ヲモ證明セザリキト雖モ、Leichtenstern ノ調査成績ニ從ヘバ、發病前ノ個人的關係ニツキテノ記載明カナルモノ三二六例中一一一例ハ健康人ニ全ク突然發病セシモノニシテ、他ノ二一五例ニ於テハ、其ノ原因トシテ認ムベキ種々ノ事項ヲ記載セリ。一般ニ文獻上誘因又ハ原因トシテ舉ゲラレタル主要ナルモノハ、腸管壁ニ存スル腫瘍、潰瘍、狹窄、炎症性疾患、腸管内ノ異物、寄生虫、腹部外傷、ヘノボ氏紫斑病、メッケル氏憩室等はナリ。就中腸壁腫瘍ハ屢實見セラル、原因ニシテ、Kasemeyer ハ文獻ヨリ腸壁腫瘍ニ因スル腸管疊積症二八四例ヲ集メタリ。此ノ中惡性腫瘍ハ五例、ポリープ六〇例、脂肪腫二〇例ナリキ。又Leichtenstern ノ集メタル記載明カナルモノ三二六例中、三六例ハ腸壁腫瘍ニ因スルモノナリキ。鹽田廣重博士ハ五例ノ腫瘍ニ因セル腸管疊積症ヲ報告シタル後、本症ノ四乃至五%ハ腸壁腫瘍ニ因スルモノナルコトヲ附言セリ。

副脾ノ存在ハ文獻上敢ヘテ稀ナリトセズ、柴田至氏ハ二〇九例ノ日本人胎兒ノ剖檢ニ於テ、五例ノ副脾ヲ認メタリ、此中三例ハ空腸ニ位シ、二例ハ十二指腸ニ存シ、共ニ筋組織中ニ發育セルモノナリキ。Aschoff ニ依レバ腸壁内ニ發育セル副脾組織ハ、多クハ結節狀ヲナシテ空腸壁、十二指腸壁、胃壁及ビ腸間膜等ニ往々存在スルモノニシテ、特ニメッケル氏憩室ノ尖端ニ存スルコトアルハ屢目撃セラルト云ヘリ、而シテ是ハ腸壁筋層内及ビ粘膜下組織中ニ發育シ、多ク單發スルヲ常トスルモ時ニ多發セルコトアリト稱ス。

余等ノ手術セル六例中、廻盲部ニ來レルモノ四例ニ於テハ、肉眼上誘因トシテ作用セリト思惟スベキ病變ヲ、局部腸管ニ認メザリキ。サレド廻腸ニ發來セル二例ニ於テハ、共ニ上記所見ノ如ク著明ナル病變ヲ檢出セリ。即チ第一例ニ於テハ、嵌入セル腸管ノ頭部ニ近キ内鞘ニ於テ、其ノ腸壁筋層内ニ迷入發育セル副脾組織ノ爲ニ、腸壁ハ高度ニ肥厚セリ。即チ一ツハ筋層内及ビ粘膜下組織内ニ於テ發育セル副脾組織ノタメニ、腸壁ハ管腔ニ向ツテ膨出シ、他ハ筋層内ヨリ漿膜下組織ニ向ツテ發育セル副脾組織ノタメニ、腸管ノ一部ハポリープ様ニ突隆シテ該部腸壁ハ厚徑約二糎ヲ算シ、管腔亦頗ル狹隘ヲ呈セリ。而シテ注目スベキハ筋組織ノ狀態ニシテ、副脾組織ニ近接セル筋層ハ、一般ニ萎縮シ、縱走筋ハ主トシテ

外方漿膜下副膝組織内ニ、輪走筋ハ主トシテ筋層内及ビ粘膜下副膝組織間ニ、不規則ニ分歧在シ、從ツテ葉間組織ノ發育著明ナルコトナリ。第二例ニ於テモ嵌入セル腸管ノ尖端ニ近キ内鞘ニ於テ、換言セバ舊キ端々吻合ニ因スル狹窄部腸壁ニ於テ、粘膜下及ビ漿膜下組織中ニ著明ナル結締組織ノ増殖、白血球、特ニ「エオジン」嗜好細胞ノ浸潤ヲ誘起シ、爲ニ腸壁ハ高度ノ肥厚ヲ呈シ、管腔ハ殆ンド閉塞セラレ居レリ。而シテ吻合部ニ相當スル粘膜層ハ再生機轉顯著ニシテ粘膜面ノ缺損部等ヲ認メザルモ、上下位斷端ノ筋組織ハ、ソノ接合部ニ於テ、稍内腔ニ向ツテ彎曲シテ粘膜下組織ニ終レルモ、周圍ハ結締組織ノ増殖甚ダ著明ニシテ、相接着セル筋組織ノ斷端間ニモ増殖シ、タメニ筋層ノ連絡ハ僅カニ中斷セラレ居レリ。

斯クノ如ク上記二例ニ於テハ、嵌入疊積セル腸管頭部ノ病理解剖的變化トシテ、一、副膝組織ノ迷入發育、及ビ結締組織増殖ニヨル腸管ノ限局性肥厚。二、腸管ノ限局性狹窄（從ツテ腸管ノ疎通障礙ヲ結果ス）。三、筋組織ノ萎縮分離、又ハ中斷。四、白血球ノ浸潤等ハソノ主要ナル病變ニシテ、是等ハ本症ノ原因トシテ作用セルハ疑無キ事實ナリ。即チ腸管限局部病變、特ニ腸壁ノ肥厚ハ、管腔ノ狹窄、延イテ通過障礙ヲ誘起シ、タメニ病變部上位ニ於テ蠕動運動ノ亢進ヲ招來スルモ、病變部ニ於テハ、腸壁ノ結締組織性又ハ炎症性肥厚ト筋層ノ荒蕪トノタメニ、腸管ノ收縮、是ニ伴フコト能ハズシテ、亢進セル蠕動運動ハ此ノ部ニ於テ中斷セラル、ノ狀態ニ至リ。而シテ此ノタメニ上位腸管ニ於ケル蠕動運動益亢進シテ、遂ニ肥厚セル病變部腸管ノ健常腸管ニ移行セントスル、比較的翻轉シ易キ境界部ヲ尖端トシテ、圓盤形移行部トナリ、進ミテ傘狀被包トナリ、弛緩セル下位腸管内ニ嵌入疊積スルモノ、如シ。此ノ際筋組織ハ上述ノ如ク高度ノ病變ヲ呈セルタメニ、輪走、縱走兩筋層ノ收縮機能ハ殆ンド癱絶ニ歸シ、爲ニ該部腸管ハ寧口麻痺ノ狀態ニ在リト云フヲ當レリトスベシ。即チ健常動物腸管ヲ以テセル、實驗的研究諸家ノ高調セル痙攣說ハ、斯ノ如キ高度ノ病變ニ因セル腸管疊積症ノ成因ヲ解説スルコト頗ル難澁ニシテ、寧口麻痺說ヲ以テ説明スルノ當レルヲ思ハシムルモノナリ。即チ余ハ云ハントス、腸管疊積症ニ於テ、疊積セル尖端又ハソノ近圍腸管ニ於テ、何等ノ病理組織的變化ヲ證明セザルモノニ於テハ、是ハ限局部腸

管ノ痙攣ニヨリテ發起セルモノナルベク。若シ腸壁高度ノ病變、特ニ縱走、輪走兩筋層ノ著明ナル荒蕪、結締組織ノ増殖、白血球ノ浸潤等ニヨリ腸壁ノ肥厚ト管腔ノ狹窄トヲ證明セルトキハ、限局部腸管ノ麻痺ニソノ端ヲ發セシモノナラント。

二、腸管疊積症ノ好發部位及ビ年齡ニ就キテ。

腸管疊積症ハ、其ノ過半數ハ廻盲部ニ發起スルモノニシテ、小腸及ビ結腸ニ來ルハ比較的少數ナリ。Leichtenstern ニヨレバ廻盲部疊積症五二%。小腸疊積三〇%。結腸疊積一八%ナリ。ランドリーニヨレバ廻盲部疊積七二%、小腸疊積一〇%、結腸疊積一七%ナリ。我國ニ於ケル學者ノ報告ハ、廻盲部疊積遙カニ多數ニシテ、高安道成博士ノ統計ニヨレバ腸管疊積症一四六例中、廻盲部疊積一二一例(八二%)、廻腸疊積一四例(九%)、結腸疊積一一例(七%)ナリ。東條經治博士ニヨレバ氏ノ實驗セル五六例中、廻盲部疊積五四例ニシテ、小腸疊積ハ僅カニ二例ノミ。余等ノ經驗セル七例中、廻盲部疊積五例ニシテ小腸疊積ハ二例ナリキ。

腸管疊積症ノ發生部位ト年齡トノ間ニ於テモ一定ノ關係ヲ有ス、概シテ一年内外ノ乳兒ニ於テハ廻盲部疊積症最モ多ク、小腸疊積ハ少ナケレドモ、年齡ノ長ズルニ從ヒ廻盲部疊積減少シテ小腸疊積増加ス。Wichmann ノ統計ニヨレバ、一歳以下ニ於テハ廻盲部疊積九四%、小腸疊積四%、大腸疊積二%ナレドモ、二乃至一〇歳ニ至レバ、廻盲部疊積七六%、小腸疊積一三%、大腸疊積一一%ナリ。又 Leichtenstern ノ集メタル廻盲部疊積五二%中、其ノ七〇%ハ小兒ニ來レルモノナリトイフ。Michaelson ハ廻盲部疊積症ハ哺乳兒ニ於テハ一〇〇%ニ相當ストイヘリ。

一般ニ腸管疊積症ノ頻度ト年齡トノ間ニ於テモ亦密接ナル關係ヲ有シ、哺乳兒、幼兒ニ於テ其ノ頻度最モ多ク、成人ニ至ルニ從ヒテ減少ス。即チ Weiss ニヨレバ、其ノ三二二例中五五%ハ一歳以下ノ乳兒ニシテ、二六%ハ二歳以上成人迄一九%ハ成人ニ來レルモノナリ。Michaelson ニヨレバ、哺乳期ニ來レルモノ五六%、後小兒期ニ於テハ二八%、成年期ニ來レルモノハ一六%ナリトイフ。高安博士ノ統計ニヨレバ 三六四例中、生後ヨリ一〇歳迄ノモノ一〇〇例ニシテ三七・

5%ヲ占メ、爾後年齡ノ長ズルニ從ヒテ減少セリ。余等ノ七例ニ於テハ生後ヨリ一〇年迄ノモノ三例、一〇乃至二〇年ノモノ二例、二〇年以上二例ニシテ、即チ比較的小兒ニ頻發スル事實ニ一致セルヲ見ル。

斯クノ如ク腸管疊積症ハ、其ノ廻盲部ニ好發スルコト及ビ小兒特ニ乳兒ニ頻發スル所以ニ關シテ、古來多數ノ研究者ニヨリテ幾多ノ原因ヲ舉ゲ居レリ。即チ Darcy-power ハ廻腸及ビ盲腸間ニ於テ、內腔直徑ニ差異アルコトヲ、重要ナル素因ト認メ居レリ。Leser, Quevain, Lanz 等ハ廻腸ト大腸ノ固定度ノ差ヲ舉ゲテ、移動性著シキ廻腸ノ蠕動ハ、內腔廣クシテ固定セル盲腸ニ衝突シテ、其ノ中ニ嵌入疊積スト爲セリ。Matth, Blaue 等ハ、盲腸ニ於ケル亢進セル蠕動及ビ逆蠕動ノ邂逅スルニヨリテ起ルモノニシテ離乳期幼兒ニ於テ頻發スル廻盲部疊積ハ、食物變換ノタメニ亢進セル蠕動ニ因ストイヘリ。Popping ハ廻腸ト盲腸トノ發育ノ差ハ、廻盲瓣ノ閉鎖不全ヲ來シテ、小腸ト大腸トノ内容物ヲ互ニ交通セシメテ該部腸管ニ不規則ナル輪狀收縮及ビ痙攣ヲ發セシムルト、且ツ盲腸内ニ食物ノ殘留スルハ二四時間ノ長時ニ亘ルヲ以テ、盲腸ハ間斷ナク働カザルベカラザル事實等ハ、廻盲部ニ蠕動障礙ヲ起シ易カラシメ、從ツテ本症ヲ頻發セシムルモノナリトイヘリ。Billier ハ小兒ニ於テハ、大腸ノ腸骨窩ニ於ケル固定弱ク移動ニ應ジ易キコトヲ注意セリ。Nothnagel ハ小兒腸管ノ特ニ過敏ナルコトヲ以テ、疊積ノ一好發素因ナリト斷定セリ。又加藤繁氏ハ上行結腸ノ廻腸及ビ盲腸ノ二者ニ連絡セルコト、及ビ廻盲瓣、盲腸底部ノ組織解剖學的關係ニ因スルコトヲ上記諸因中ニ追加セリ。

余等ノ少數ナル實驗例ヲ以テ、本症ノ廻盲部ニ好發スル所以ヲ考察スルモ、上記諸家ノ提唱セル諸因ハ、或ハ單獨ニ、或ハ其等ノ共働ニヨリテ、各本症ノ成立ヲ幫助スルモノタルヤ疑フ容レズ。然レドモ是等諸因ヲ以テ、其ノ全テノ場合ヲ説明シ得ベシトスルハ尙早計タルヲ免レザルベシ。余等ノ經驗セル第一、第二例ノ如ク、腸管ニ於ケル著明ナル病變ヲ呈セル限局小腸部ノ、正ニ本症ヲ誘發セントスル直前ニ於ケル、其ノ解剖學的並ニ生理學的狀態ハ、是ヲ病變ヲ呈セザル廻盲部腸管ニ比スル時幾多相似ノ點ヲ發見スルヲ得ベシ。異臟器ノ迷入發育(第一例)ノタメニ、又ハ結締組織増殖(第二例)ノタメニ起レル限局部腸管ノ略環狀ニ肥厚セルコトハ、小腸大腸移行部ニ於ケル解剖的所見、特ニパウヒン氏瓣存在ノタ

メニ該部ノ肥厚セル事實ト相似タルハ其ノ一ナリ。病的ナルト生理的ナルトヲ問ハズ、是等限局部腸管肥厚ノタメニ該部腸管腔ノ狹窄ヲ呈セルコトノ相似タルハ其ノ二ナリ。病的狹窄部又ハバウヒン氏瓣部ヲ境界トシテ、其ノ上位腸管ニ於ケル蠕動運動ノ旺盛ナルニ反シ、其ノ下位腸管ニ於ケル蠕動運動ノ薄弱ナルコトノ相似タルハ其ノ三ナリ。症例第一、第二ノ尖端部腸管ノ組織學的所見ニ於テ認ムル、筋組織ノ萎縮、荒蕪シテ其ノ生理的機能ノ廢絶ニ近キ狀態ニ在ルコトハ、廻盲部ニ於ケル小腸系筋層ノ大部ハ大腸壁筋層ニ移行セザルコト、相似タルハ其ノ四ナリ。亢進セル蠕動運動ノ病的狹窄部ニ於テ、殆ンド中絶ノ狀態ニ在ルコトハ、小腸大腸移行部ニ於テ、亢進セル小腸系蠕動運動ノ大腸壁ニ移行セザルコト、相似タルハ其ノ五ナリ。

上記所見ヨリシテ、余ハ腸管疊積症ノ廻盲部ニ頻發スル素因ノ一トシテ、小腸大腸移行部ニハバウヒン氏瓣ノ存在スルアリテ、腸管壁ハ肥厚シ、腸管腔ハ狹窄ヲ呈シ、爲ニ瑣少ノ食餌の過誤、又ハ輕度ノ腸管ノ炎症性變化等ニ際會スル時、容易ニ内容ノ疎通障礙ヲ惹起シ、延イテ蠕動運動ノ亢進スルコト。及ビ小腸大腸間ニ於テハ其ノ生理的機能タル蠕動運動ニ於テ大ナル優劣アリ、且ツ一系ヲナサズシテ各獨立セルコト、等ヲ追加セントスルモノナリ。

廻盲部疊積症ニアリテハ、從來一般ニ廻盲瓣ソノ起始ヲナシ、常ニ尖端ニ在リテ他ノ部是ニ續行スト見做サレタリ。然ルニ近來 Blauel, Propping, Jolenz, 山内半作博士等ハ寧ロ盲腸部ノ翻轉ヲ以テ原發起始トナシバウヒン氏瓣、廻腸末端部等ハ續發的ニ是ニ參加セルモノニシテ、廻腸ノバウヒン氏瓣ヲ超エテ原發的ニ疊積スルハ稀ナリト云ヘリ。然レドモ *Scenec* ノウイーン大學外科ニ於テ二〇年間ニ遭遇セル廻盲部疊積症一四例ニツキテ檢セルモノヲ見ルニ廻腸ヲ尖端トセルモノ八例、盲腸ヲ尖端トセルモノ二例、結腸ヲ尖端トセルモノ四例ニシテ、廻腸系腸疊積ハ盲腸系疊積ヨリモ多キコトヲ結論セリ。高安博士ハ一六例ノ廻盲部疊積症ニ於テ、八例ハ廻腸結腸疊積、三例ハ廻腸盲腸疊積、五例ハ盲腸疊積ナリシト報告セリ。又波多腰正雄博士ハ氏ノ經驗セル九例ノ廻盲部疊積症中、二例ハ盲腸ヲ尖端部トナシ居ルモ他ノ六例ハ廻腸ニ原發セルコトヲ確カメテ Blauel 氏等ノ盲腸ヲ原發起始トセルモノヲ定型的ト見做スコトニ反對セリ。

余等ノ手術セル廻盲部疊積症四例中、二例ハ盲腸先端ノ翻轉ヲ以テ原發起始トシ、二例ハ廻盲瓣ヲ尖端トセルコトヲ認メタリ。

三、腸管疊積症ノ豫後ニ就キテ。

腸管疊積症ハ是ヲ放置スル時、甚ダ稀ニ *Leichtenstern* ノ唱フルガ如ク、逆行蠕動ニヨリ自然ニ整復シテ治癒スルコトアリ。又疊積頸部ニ於テ、中鞘ト内鞘トハ互ニ癒着ヲ營爲シ、鉸頓部ハ壞疽ニ陥リテ自然ニ脫離シ、肛門外ニ排出セラレテ治癒スルコトアリ。然レドモ大多數ニ於テハ疊積壞疽部ヨリ起レル汎發性腹膜炎ノ爲ニ、又ハデール、齋藤正意博士等ノ唱フル閉塞部腸管ヨリ發生スル、蛋白分解產物タル「ヒスタミン」ノ如キ物質ノ中毒ニヨリテ、致死スルヲ例トス。此ノ故ニ可能的早期ニ正確ナル診斷ヲ下シ、以テ適當ナル療法ヲ施スニ非ザレバ、其ノ豫後ハ不良ナルヲ常トス。又假令診斷ヲ確定シ、適應ノ處置ヲ施シ得ルトスルモ、其ノ時期ニシテ發病後長時ヲ經過セル時ハ、其ノ豫後亦不良ナルヲ免レズ。

腸管疊積症ニシテ結腸又ハ廻盲部ニ存在シ、發病後ノ經過時間短カク、且ツ其ノ症狀比較的緩漫ナル時ハ、無血のニ主トシテ高壓灌腸ニヨリ。時ニ腫瘤ノ按摩法ニヨリテ還解整復サル、コトアリ。 *Wiederhofer*, *Leichtenstern* 等ハ非觀血の療法ニヨリ、本症ノ三分ノ一ヲ救フヲ得ベシト云ヘルモ、急性症ノ多數ハ早期ニ局所癒着、浮腫、鉸頓等ノ症狀ヲ呈スルヲ以テ、極メテ早期ニ非ザレバ其ノ目的ヲ達シ得ザルガ如シ。宮田哲雄氏ハ氏ノ實驗例三二例中九例(二八%)ハ非觀血の療法ニヨリ治癒セシメ居レリ。汲田元之亟博士ハ生後六ヶ月ノ乳兒ニ於テ、第一回ノ腸疊積症ヲ起セシモノ、爾後約四ヶ月ノ間ニ四回ノ腸疊積ヲ反復シ、其ノ都度高壓灌腸ニヨリテ治癒セシメシコトヲ報告セリ。

然レドモ非觀血の療法ニヨリテ其ノ目的ヲ達セザル場合、又ハ發病後稍時刻ヲ經過シ、一般症狀及ビ局所徵候顯著ナルモノ、又ハ發病當初ヨリ強激ナル症狀ヲ呈セルモノニ於テハ、其ノ部位ノ如何ヲ問ハズ直チニ、手術的處置ヲ必要トスルハ論ヲ俟タザルベシ。文献ニ腸管疊積症ノ手術成績ヲ徵スルニ、*Wichmann* ニヨレバ其ノ治癒率三九%、*Michelsen* ニヨレバ四二%、高安道成博士ニヨレバ五八・五%、東條經治博士ニヨレバ七〇%ヲ示シ、近時早期診斷、從ツテ早期手術ノ

行ハル、ガ爲ニ漸次良好ノ成績ヲ擧ゲツ、アリ。而シテ一般ニ年齡ノ幼弱ナル程ソノ手術成績不良ニシテ、例ヘバ Teichmstern ニヨレバ一歳以下ノ幼兒ニ於ケル死亡率八八%。Michaelson ニヨレバ哺乳兒ノ死亡率七五%ナリト云ヘルモ、是等ハ發病ヨリ手術ニ至ル經過時間ノ長キ爲ニ因ルモノトナセリ。高安博士ハ、一歳以下ノ幼兒ニ於ケル腸疊積ノ手術例三七例中、治癒セルモノ一九例ニシテ、此中二四時間以内ニ手術セルモノ一五例中、一三例治癒セル事實ヲ擧ゲテ、一年以下ノ幼兒ト雖、整復術ノ如キ單簡ナル手術ハ何等不良ノ影響ヲ及ボスモノニ非ルコトヲ揚言セリ。

此故ニ腸管疊積症ノ豫後ヲ左右スル重要ナル要素ハ、發病ヨリ適應療法ヲ施スニ至ル經過時間ノ長短ニ在リトス。*Wells* ノ統計ニヨレバ初生兒ニ於ケル早期手術ノ治癒率ハ九〇%、成人ニ於ケルモノハ八五%ナリ、本邦ニ於テモ東條博士ニヨレバ二四時間内ニ手術セルモノ二一例中、死亡者ハ四例(一九%)ナルモ、二四乃至四八時間内ニ手術セル者一四例中、死亡者ハ六名(四三%)ニ達ス。又高安博士ハ前掲ノ如ク一年以下ノ幼兒ニ於テ、二四時間内ニ開腹整復術ヲ施サレタル一五例中、一三例迄全治セル事實ニ鑑ミテ、本症治療ノ結果ハ、其ノ手術時期如何ニヨリテ決セラル、モノニシテ、早期手術ヲ行ヘバ年齡ノ長幼ヲ問ハズ、大多數ハ是レヲ救助シ得ベシトイヘリ。

慢性腸疊積症ニシテ、多クハ發病後六日以上ヲ經過セルモノニアリテハ、完全ナル腸閉塞、癒着、炎症發起、腸壁壞死、及ビ腹膜炎等ノ急性炎症ヲ免ガレ、從ツテ其ノ症狀モ緩漫ニシテ、時日ヲ經テ手術スルモ能ク良果ヲ得ルガ如シ。東條博士ニヨレバ六日以上ヲ經過セルモノ一五例ニツキテ、其ノ一一例ノ全治者ヲ擧ゲ居レリ。

手術的療法ノ中ニ於テモ、單純ナル開腹整復術ハ其成績最モ佳良ニシテ、高安博士ノ統計ニ從ヘバ、其ノ治癒數七八例中、五七例(七三%)ハ單純ナル整復術ヲ施セルモノナリ。而シテ整復不可能ナルカ、腸管ノ壞死ニ陷レルカ、又ハ穿孔ノ虞アル時ハ腸管切除術ヲ施サザルベカラズ、此際ハ局所ノ炎症性變化モ強ク、症狀モ從ツテ強激ニシテ手術ニ際シテモ其ノ技術複雑ナルヲ以テ稍長時ヲ要スル關係上、其ノ成績前者ニ劣レリ。高安博士ノ統計ニヨレバ、腸管切除術ヲ施セシモノ四九例中、二一例(四三%)ノ治癒者ヲ得タリ。人工肛門造設術ノ如キハ、眞ニ救急止ムヲ得ザル場合ニノミ施サル、モ

ノニシテ、從ツテ其ノ成績最モ不良ナリ、高安博士ノ統計ニヨレバ一〇例中、八例(八〇%)ノ死者ヲ見ル。

余等ノ七例中、非觀血の療法ニヨリテ奏功セルハ一例ニシテ、他ノ六例ハ全テ開腹の處置ヲ必要トシタリ。而シテ是等ノ發病ヨリ手術ニ至ル經過時間ハ、最短二四時間ヨリ最長十日ニ亘レルモノナリ、而シテ其等ノ治療成績ニツキテ見ルニ、治療セルモノ三例ノ經過時間ハ、二四時間、六四時間、及ビ十日ニシテ、死ニ至レルモノ三例ノソレハ、三四時間、七三時間、及ビ六日ヲ算ス。即チ余ノ少數例ニ於テハ發病後ノ經過時間ト治療成績トノ間ニ於テハ、特種ノ關係アルヲ認メズ、是レ余ノ例ノ如キ發病後何レモ比較的長時日ヲ經過セルモノニ於テハ、寧ロ發病來ノ症狀ノ輕重、年齡、及ビ廻盲部疊積ニ於テハ、其ノ頭部ヲナス腸管ノ解剖的部位等ニ關係ヲ有スルガ如シ。即チソノ症狀ニツキテ考察スルニ治療セル三例中、第一、第四例ハ共ニ稍長時ヲ經過セルモ、初發來ソノ一般症狀比較的輕易ナリ。第二例ハ症狀稍激烈ナリシモ、經過時間僅少ニシテ一般狀態モ良好ナリシニ反シ、致死セル三例ハ悉ク稍長時ヲ經過シ、且ツ發病來其ノ症狀何レモ強激ナリシヲ見ル。而シテ其ノ年齡ニツキテハ治療セルモノ三例ハ、二四年、一二年、及ビ一一年ニシテ成人又ハ成人期ニ近ク、既ニ個體ニ一定ノ抵抗力ヲ有スルモノナリ。死セル三例ノ年齡ハ六ヶ月、一年三ヶ月、及ビ七〇年ニシテ共ニ抵抗力薄弱ナル幼弱者ナルカ又ハ高年者ナリ。

廻盲部ノ疊積症ニ於テハ、ソノ先端ノ部位ニヨリテ治療成績、換言セバ疾患ノ豫後ニ相當ノ影響ヲ與フルガ如シ、即チ盲腸下端ノ翻轉ヲ以テ原發起始トセルモノハ、其ノ自、他覺の症候比較的輕度ニシテ、稍時日ヲ經過セルモノト雖、尙下劑等ノ投與ニヨリテ、排便ノ目的ヲ達シ得ル程ニシテ、局部腸管ノ病理解剖的變化亦比較的輕度ナル場合多ク、余ノ第四例ノ如キ、發病後既ニ十日ヲ經過セルモ、尙手術ニヨリ容易ニ整復治療ニ達セルヲ見タリ。是ニ反シ廻盲瓣、又ハ同瓣ヲ通ジテ翻轉セル廻腸ヲ尖端起始トセルモノハ、多クハ完全ナル腸閉塞ヲ起シ、爲ニ其ノ症狀一般ニ強激ニシテ、盲腸下端ノ翻轉ヲ以テ原發起始トセルモノニ比シテ、其ノ經過時間短シトスルモ其ノ手術成績不良ナルガ如シ、是上記諸部ヲ尖端トセルモノニ於テハ、疊積頭部ノ狹縮甚シク、從ツテ腸間膜ノ壓迫強ク、血行障礙高度ニシテ、局部腸管ノ病理解剖的變

化甚シキニ因スルモノナラン。余ノ第三、第六例ノ如キハ發病來其ノ症狀比較的激烈ニシテ、且ツ開腹ニ際シテモ疊積部腸管ハ高度ノ病變ヲ被ムリ、其ノ整復全ク不能ニ終リテ遂ニ死ニ至レルモノナリ、而シテソノ尖端ハ共ニ廻盲瓣ナルヲ見タリ。

第一、第二例ノ疊積部廻腸切除例ノ如キ、稍長時ヲ經過セルモノニ於テ、其ノ成績ノ佳良ナリシハ年齡ノ長シテ抵抗力ノ増加セルト、毒物ノ產生部タル疊積部腸管ヲ悉ク切除セシコト、ハ、却ツテ良果ヲ舉ゲ得タル所以ナルベシ。今上記諸例ノ所見ヲ表示セバ左ノ如シ。

| 症例 | 姓 | 年 齡 | 發症ヨリ手術ニ至ル經過時間 | 疊積先進部 | 原因又ハ誘因 | 手術式 | 成績 |
|----|---|-------|---------------|-------|--------|---------|----|
| 1 | ♂ | 一二年 | 六四時間 | 廻腸 | 腸管副瘻 | 腸切除 | 治 |
| 2 | ♂ | 二四年 | 二四時間 | 廻腸 | 癰痕性狹窄 | 腸切除 | 治 |
| 3 | ♂ | 六ヶ月 | 七三時間 | 廻盲瓣部 | 不明 | 腸切除 | 死 |
| 4 | ♀ | 一一年 | 一〇日 | 盲腸 | 不明 | 整腹 | 治 |
| 5 | ♂ | 一年三ヶ月 | 三四時間 | 盲腸 | 不明 | 整復 | 死 |
| 6 | ♂ | 七〇年 | 六日 | 廻盲瓣部 | 不明 | 人工肛門造設術 | 死 |
| 7 | ♂ | 八八年 | 七日 | 盲腸(?) | 不明 | 高壓灌腸 | 治 |

第四章 結 論

一、廻腸下部腸管ニ發育セル副脾ニ因スル腸管疊積症ハ文献上甚ダ稀ナリ。

二、限局部腸管高度ノ病變、特ニ筋層ノ荒蕪、異臓器ノ迷入發育、結締組織ノ増殖、及ビ白血球ノ浸潤等ハ、腸壁ノ肥厚、管腔ノ狹窄、從ツテ内容ノ疎通障礙、蠕動ノ亢進等ヲ誘起シ、以テ本症ノ成立ヲ容易ナラシムルガ如シ、此際病變部腸管ハ、筋組織ノ病理解剖の所見ヨリシテ、麻痺狀態ニ在リト認メラル、場合多シ。

三、腸管疊積症ノ廻盲部ニ好發スル素因ノ一トシテ、小腸大腸移行部ノ解剖の所見、特ニバウヒン氏瓣ノ存在ニヨリテ該部腸壁ハ肥厚シ、管腔ハ狹窄シ、容易ニ刺戟病變ヲ受ケ易キト、小腸大腸間ニ於ケル蠕動運動ノ強弱及ビ兩者間ニ於ケル蠕動運動ハ各々獨立シテ一系ヲ爲サザル事等ヲ舉ゲ得ベシ。

四、腸管疊積症ノ豫後判定ハ、一ツニ發病ヨリ適應療法ヲ施スニ至ル經過時間ノ長短ニ關スト雖モ、既ニ一定時間ヲ經過セルモノニ於テハ、一般症狀ノ輕重、年齡ノ長幼、及ビ廻盲部疊積症ニ於テハ、尖端ヲナセル腸管ノ解剖的部位等モ一定ノ影響ヲ與フルガ如シ。即チ一般症狀比較の輕易ナルカ、或ハ年齡的ニ成壯年、又ハ是ニ近キモノニ於テハ、其ノ豫後佳良ナルガ如キモ、是等ニ反スルモノニ於テハ其ノ豫後一般ニ不良ナリ。廻盲部腸管疊積症ニ於テハ、盲腸尖端ノ翻轉ヲ以テ原發起始トセルモノハ、概シテ其ノ症狀比較の輕ク、且ツ其ノ豫後亦可良ナルガ如キモ、廻腸ノ其ノ頭部ヲ成セルモノニ於テハ、其ノ症狀強激ニシテ其ノ豫後亦不良ナルガ如シ。

摺筆ニ際シ病理組織學的檢索ニ對シ、多大ノ御援助ヲ受ケタル岡山醫科大學病理學教室菊澤隆尙氏ニ對シ感謝ノ意ヲ表ス。

附圖說明

第一圖 A、腸壁ニ於ケル腫瘍狀副脾、四倍擴大。

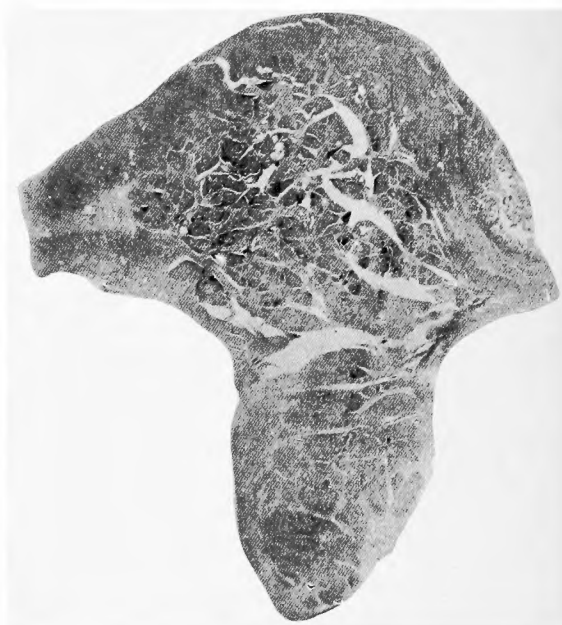
B、擴大セル副脾組織。筋層萎縮シ間質ノ増殖セルモノナリ。

第二圖 A、吻合部ニ於ケル舊キ糸、増殖セル結締組織、變性セル筋層ノ

斷端等ヲ見ル。

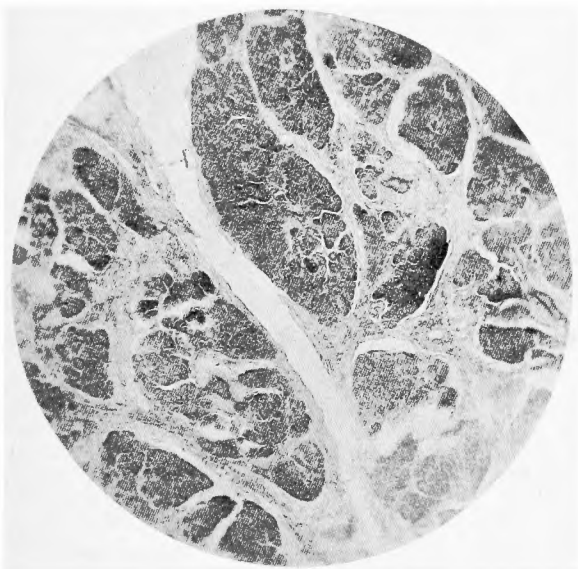
B、粘膜下組織ニ高度ニ浸潤セル「エオヂン」嗜好細胞ヲ示ス。

第 一 圖 A.

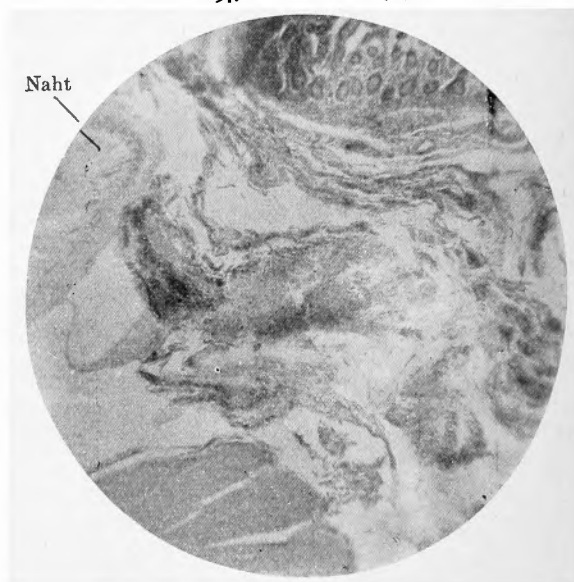


第 一 圖 B.

Zeiss obj. 10 ocul. 5. Nebenpankreas.

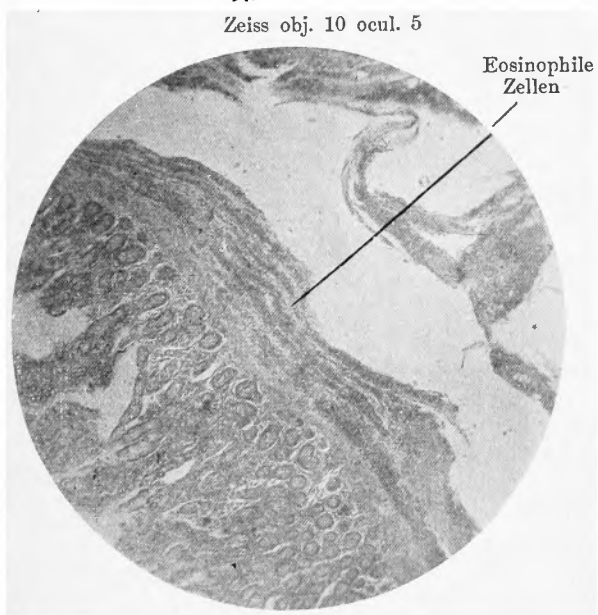


第 二 圖 A.



第 二 圖 B.

Zeiss obj. 10 ocul. 5



主 ナ ル 文 献

- 1) **Matti**, Über Darminvaginationen. Deut. Zeitschr. f. chir. 1911, Bd. 110.
- 2) **Michaelser**, Über Invaginationen. Deut. Zeitschr. f. chir. 1921, Bd. 161.
- 3) **Blauel**, Zur Mechanik der Invaginatio ileo-caecalis. Beitr. z. klin. chir. Bd. 68.
- 4) **Nothnagel**, Die Erkrankungen des Darnes und des Peritoneums. 2. Auflage.
- 5) **Kasemeyer**, Tumordinvaginationen des Darnes. Dtsch. Zeitschr. f. chir. Bd. 118.
- 6) **高安道成**, 腸管閉鎖症. 日本外科全書, 九卷.
- 7) **高安道成**, イレウスニ關スル調査. 日本外科學會雜誌, 第二十四回, 第三, 四號.
- 8) **加藤繁**, 腸管疊積症ノメカニズムニ就イテ. 日本外科學會雜誌, 第二十四回, 第三, 四號.
- 9) **齋藤精一郎**, 消化器病學. 第二卷.
- 10) **奥島愛次郎**, 腸管疊積症ノ原因ニ關スル實驗的研究. 日本外科學會雜誌, 第二十七回, 第十號.
- 12) **鹽田廣重**, 腫瘤ニ因スル腸壁瘻. 日本外科學會雜誌, 第二十四回, 第二號.
- 11) **東條經治**, 機械的腸閉塞ノ手術成績. 日本外科學會雜誌, 第二十七回, 第十號.
- 13) **宮田哲雄**, 矢澤操, 小兒腸壁瘻ニツキテ. 日本外科學會雜誌, 第二十四回, 第二號.
- 14) **齋藤正意**, イレウス. 臨床醫學研究.
- 15) **汲田元之丞**, 再參反覆セシ腸壁瘻症. 日本外科學會雜誌, 第二十八回, 第五號.
- 16) **山内半作**, 所謂迴腸盲腸壁瘻ニ就テ. 日本外科學會雜誌, 第十三卷, 345.